

Document occasionnel POLICY n°7

**Réforme des politiques opérationnelles :
un trajet pour améliorer
les programmes de santé reproductive**

Harry Cross
Karen Hardee
Norine Jewell

Décembre 2001

Table des matières

Remerciements	iv
Résumé analytique	v
Introduction : impact des politiques opérationnelles sur la santé reproductive	1
Les racines, sur le plan politiques, des barrières opérationnelles	6
Méthodes pour traiter les politiques opérationnelles	12
Conclusion	22
Références	23

Remerciements

Les Documents occasionnels POLICY visent à promouvoir le dialogue, en matière de politiques, concernant diverses questions se rapportant à la planification familiale, à la santé reproductive et à la lutte contre le VIH/sida et à présenter une analyse ponctuelle de diverses questions qui étayeront la prise de décisions concernant les politiques. Les documents sont diffusés à divers publics dans le monde entier, y compris les décideurs des secteurs public et privé, les conseillers techniques, les chercheurs et les représentants des bailleurs de fonds. Une liste à jour des publications de POLICY est disponible à la page Web du projet à www.policyproject.com. Des exemplaires de ces publications sont disponibles gratuitement.

Ce document est le résultat d'un effort conjoint auquel ont contribué un grand nombre de personnes. Le personnel suivant du Projet POLICY a apporté un concours particulièrement utile à la préparation de ce document : Jeff Jordan, Koki Agarwal, Bill McGreevey, Nancy McGirr, John Ross, John Stover, Joe Deering, Gadde Narayana, Angeline Siparo, Sue Richiedei, Taly Valenzuela, Varuni Dayaratna, Suneeta Sharma, Imelda Feranil et Maureen Clyde. Le document n'aurait pas été possible sans les études novatrices du personnel de POLICY à l'étranger, notamment Gadde Narayana, Issa Almasarweh et Andriy Huk. Enfin, nous aimerons remercier Elizabeth Schoenecker, de l'USAID, pour ses commentaires fort utiles. Toutefois, les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'USAID.

Résumé analytique

Un grand nombre de pays dans le monde entier ont fait des progrès notables au niveau de l'amélioration des programmes de santé reproductive qui reflètent à présent les principes du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD). Gouvernements et bailleurs de fonds ont emprunté deux grandes routes à l'amélioration de la santé reproductive. Premièrement, ils ont adopté des politiques et des lois nationales visant à élargir les services et à renforcer la qualité des services disponibles. Deuxièmement, ils ont mis en œuvre une vaste gamme de projets de service et de démonstrations visant à montrer comment on peut renforcer les services et améliorer l'éducation des clients. Toutefois, trop souvent, les politiques et les lois nationales ne sont pas traduites en programmes sur l'ensemble du système et en services améliorés de santé reproductive, notamment pour les pauvres. Ces doctrines sont par nature étendues et générales et, par conséquent, elles négligent souvent les structures et systèmes qui servent de relais entre les politiques nationales et les programmes locaux. Souvent, les projets et les démonstrations ne peuvent pas être reproduits car ils ne sont pas fiables financièrement dans le long terme. Et, chose la plus importante, ils ne traitent pas systématiquement les contraintes sous-jacentes, sur le plan des politiques, dans les structures et systèmes qui influencent le contexte de la prestation de services. Le présent document se concentre sur le vaste domaine entre les politiques nationales et le point de prestation de services, terrain des politiques opérationnelles.

Les politiques opérationnelles sont les règles, réglementations, codes, directives et normes administratives qu'utilisent les gouvernements pour traduire les lois et politiques nationales en programmes et services. Tandis que les politiques nationales fournissent la direction et les directives nécessaires, les politiques opérationnelles quant à elles sont le moyen d'appliquer et de mettre en œuvre ces politiques. Dans bien des cas, les lacunes au niveau des programmes, par exemple, le manque de prestataires de services formés et d'autres ressources, remontent aux politiques opérationnelles qui sont inadéquates, inappropriées ou obsolètes. Des politiques opérationnelles inadéquates sont à l'origine du gaspillage et du manque d'efficacité qui se trouve partout, dans chaque dispensaire, poste de santé et hôpital et elles affectent négativement le personnel de santé et chaque client. Si elles sont formulées ou modifiées adéquatement, les politiques opérationnelles peuvent renforcer la qualité des programmes de santé reproductive car elles encouragent une utilisation plus efficace des ressources existantes.

Le document discute de la nature des politiques opérationnelles, souligne le rôle important qu'elles jouent au niveau de la continuité du cheminement allant des décrets nationaux aux services locaux et il présente un cadre pour la réforme des politiques opérationnelles. La réforme des politiques opérationnelles repose sur les éléments suivants :

- comprendre le secteur public qui est l'auteur des politiques façonnant le contexte des services ;
- mettre en place un système de collaboration avec les responsables et les prestataires de services pour identifier les barrières opérationnelles qui entravent la prestation de soins de santé reproductive de haute qualité ;
- réaliser des analyses pour déterminer les racines de ces barrières au niveau des politiques opérationnelles ; et
- adopter les recommandations et les stratégies pour supprimer les barrières au niveau des politiques opérationnelles.

Le processus d'analyse des politiques opérationnelles et de formulation des stratégies de réforme est surtout efficace s'il revêt la forme d'une entreprise à caractère participatif qui intègre les points de vue et perspectives de ceux qui gèrent le système et de ceux qui fournissent les services de soins de santé reproductive, ainsi que de ceux qui formulent les politiques.

Le document présente également des exemples, basés sur des preuves, qui montrent comment des analyses de politiques opérationnelles ont mis à jour les effets nuisibles de politiques, dépassées ou non existantes, sur les services de santé reproductive dans un certain nombre de pays, y compris le Guatemala, l'Haïti, l'Inde, la Jordanie, les Philippines, la Roumanie et l'Ukraine. Les analyses ont mené à des initiatives de réforme qui ont aidé les gouvernements à tous les niveaux. L'analyse des politiques opérationnelles et le soutien à la réforme sur le plan des politiques sont des outils très efficaces pour améliorer la prestation des soins de santé reproductive dont ont grand besoin les pays en développement.

Introduction : impact des politiques opérationnelles sur la santé reproductive

Le présent document a pour objet d'approfondir les connaissances dans un certain domaine de politiques du secteur public qui doit être pris en compte et traité pour améliorer les services de santé reproductive. Peu importe la manière dont elles sont définies, les politiques opérationnelles sont omniprésentes dans la littérature des systèmes de santé et leurs conséquences sont apparentes dans chaque dispensaire, poste de santé et hôpital. En termes simples, les politiques opérationnelles sont les règles, réglementations, codes, directives, plans, budgets, procédures et normes administratives qu'utilisent les gouvernements pour traduire les lois et politiques nationales en programmes et services¹ (Cross, 2000). Les politiques opérationnelles régissent le « système opérationnel » des programmes du secteur public. Si l'on utilise une analogie informatique, on pourrait dire que les politiques opérationnelles sont le « langage » qui dirige les relations entre les entrées (les ressources) et les sorties (les résultats) du système de santé. Si le langage ne dirige pas de manière efficace, le système opérationnel va forcément échouer. Les symptômes d'échec sont à l'exemple d'une panne d'ordinateur quand la machine cesse simplement de fonctionner comme prévu.

Les politiques opérationnelles comportent également un aspect économique d'importance critique. Les politiques opérationnelles sont les déterminants de la manière dont les entrées du système des soins de santé (ressources telles que le person-

nel, l'équipement et les transports) sont distribuées et déployées une fois que les priorités des soins de santé soient déterminées. Des politiques opérationnelles inadéquates peuvent limiter la production de résultats de haute qualité sur le plan de la santé et mènent à l'inefficacité² et au gaspillage dans le cadre des programmes de soins de santé.

Les gouvernements continuent à jouer un rôle essentiel au niveau des services de santé reproductive

Malgré la croissance au niveau de la prestation des soins de santé du secteur privé dans les pays en développement, le secteur public joue toujours un rôle d'importance capitale dans la prestation des services de santé reproductive. Dans de nombreux pays, les pauvres dépendent exclusivement des programmes gouvernementaux pour des services de planification familiale. Dans presque 70 % des pays enquêtés au cours des cinq dernières années, le secteur public représente 50 % ou plus des services de planification familiale (EDS, 2001). De même, pour les services de santé maternelle et infantile, les groupes les plus pauvres dépendent fortement des services gouvernementaux. Non seulement les gouvernements fournissent une large part des services supposés être les plus efficaces pour prévenir les décès et les maladies, mais ils votent et font respecter les lois, les réglementations et les codes qui influencent largement

¹ Le groupe de travail des politiques du Projet Evaluation financé par l'USAID a défini quatre composantes des politiques opérationnelles se rapportant directement au fonctionnement des programmes de planification familiale : structure et processus organisationnels ; environnement juridique et réglementaire ; octroi de ressources et tarification (Bertrand, Magnani et Knowles, s.d.). Cette définition ne comprenait pas les règles qui régissent le fonctionnement des systèmes et qui sont la « colle » indispensable qui cimente les systèmes.

² L'efficacité microéconomique concerne le champ d'action pour arriver à une plus grande efficacité à partir des modes existants d'utilisation des ressources. Gaspillage et inefficacité touchent tous les systèmes de santé. *L'inefficacité au niveau de la distribution* concerne les situations où les ressources sont consacrées aux mauvaises activités alors que *l'inefficacité technique* se présente quand un trop grand nombre de ressources sont utilisées pour arriver à une intervention ou à un effet donné sur le plan de la santé (OMS, 1999).

la prestation de ces mêmes services par les prestataires commerciaux et autres organisations non gouvernementales (ONG).

Le secteur public maintient une importance capitale au niveau des services de santé reproductive, mais la plupart des efforts faits pour améliorer les programmes de planification familiale et de santé reproductive (PF/SR) n'arrivent pas à influencer les politiques, exception faite des politiques nationales du secteur public, et se concentrent à la place sur la performance du secteur privé ou de la prestation de services (Seidman et Horn, 1991 ; Ross et Frankenberg, 1993 ; Population Council, 1998a, 1998b ; Shane et Chalky, 1998 ; Miller et al., 1997 ; MSH, 2000).

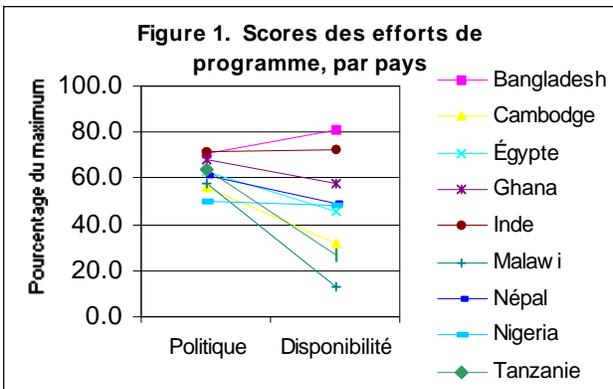
Conséquences de politiques opérationnelles déficientes : inefficacité et gaspillage

Ces 50 dernières années, on a assisté à une expansion massive des systèmes de soins de santé gérés par le gouvernement, accompagnée par des bureaucraties naissantes qui sont devenues rigides et inefficaces (OMS, 2000). Responsables au départ du financement et du fonctionnement des systèmes publics des hôpitaux et des soins primaires, les ministères de la Santé sont à présent d'énormes bureaucraties hiérarchiques caractérisées par des règles administratives pesantes et un personnel permanent protégé par les règlements de la fonction publique (Bossert et al., 1998). Les problèmes que rencontrent les ministères de la Santé sont exaspérés par des systèmes publics gérés de manière guère efficace dont dépendent les opérations ministérielles, notamment les règlements de la fonction publique et les normes des transports et travaux publics. Par conséquent, des politiques et procédures qui risquent d'être complexes, conflictuelles, obscures, obsolètes et difficiles à changer régissent souvent la qualité, l'accès et les conditions de travail au point de la prestation de services. Un grand nombre de ces politiques opérationnelles créent des conditions qui agissent comme des désincitations pour les agents de

santé qui ne sont guère encouragés à exécuter leurs tâches ou même à venir se présenter au travail.

Les conséquences de politiques opérationnelles défectueuses sont bien connues. Au Kenya, Owino et Korir (1997) estiment un niveau d'inefficacité moyen de 30 % dans le secteur public de la santé suite aux conséquences de facteurs tels que la pénurie du personnel professionnel, une mauvaise combinaison de ressources, des salles d'opération et des laboratoires qui fonctionnent irrégulièrement ou qui ne fonctionnent pas du tout, des problèmes au niveau des transports, un manque ou une mauvaise distribution de médicaments et de fournitures médicales, des pannes fréquentes de l'équipement et un mauvais entretien des machines et de l'équipement. Dans le district de Bungoma, au Kenya, les conseils locaux de gestion de la santé sont responsables de la supervision du système de santé dans le district. Mais le conseil n'a ni budget, ni moyen de transport, ni autorité pouvant discipliner le personnel médical (BDMI, 2000). Les infirmières qui travaillent dans les postes de santé au Kenya doivent se déplacer à l'hôpital du district pour toucher leur salaire mensuel et ce déplacement peut prendre un jour à l'aller et un jour au retour, menant ces femmes à perdre 10 % de leur temps de travail potentiel (Sharif, 2001).

En Ouganda, un exercice de contrôle des dépenses a montré qu'une proportion importante des fonds consacrés aux services sociaux de base n'arrivait jamais dans les centres de santé ou écoles visés, surtout dans les zones rurales (Ablo et Reinikka, 1998). Au Ghana, au début des années 90, 70 % des véhicules du ministère de la Santé attendaient d'être réparés dans les ateliers du gouvernement. La réorganisation des arrangements d'entretien et de réparation et des pratiques budgétaires ont mené à une amélioration rapide, mais l'expérience récente du Ghana est répandue (OMS, 2000). Une étude du système d'information en gestion à Uttar Pradesh, en Inde, a constaté que trop d'information était collectée sur trop de formulaires et que la plupart de cette information n'était jamais utilisée. Au niveau des sous-centres, les aides-infirmières et aides-sages-



femmes devaient remplir 13 registres et quatre formulaires chaque mois (Projet POLICY, 1998a).

Les politiques opérationnelles sont négligées

Ces 30 dernières années, les gouvernements et les bailleurs de fonds se sont concentrés essentiellement sur les politiques nationales et les directions générales des programmes, ainsi que sur la performance des services et la demande de services au niveau communautaire. Les efforts en vue d'améliorer les politiques nationales portaient notamment sur la planification stratégique de suivi et, dans certains cas, sur la planification de programme et la budgétisation. Tel que le montre la Figure 1, ces activités ne se sont pas étendues à l'analyse et à la correction de barrières en matière de politiques opérationnelles pouvant entraver l'application d'une politique nationale ou d'un plan stratégique. Les scores³ des efforts du programme (Ross et Stover, 2000) démontrent que les politiques nationales ne se traduisent pas forcément en action de programme, par exemple, en une disponibilité plus large des méthodes de planification familiale – facteur supplétif important de l'accès et indicateur de la qualité. La Figure 1 montre également que dans la catégorie « politiques » de l'enquête sur les efforts de programme de 1999, tous les neuf pays avaient un score entre 50 et 70 points sur le niveau 100 possible. Par contre, la catégorie « disponibilité de méthode »

montre des scores allant de 13 à 80 points – écart énorme des normes dans la catégorie de politiques. Cet écart montre bien que la seule existence de lois, de politiques, de conseils nationaux de population et de documents de programmes officiels ne garantit pas l'accès et l'utilisation en matière de planification familiale.

Il existe des barrières importantes sur le plan des politiques opérationnelles entravant l'accès durable aux services de santé reproductive de haute qualité. Hardee et al. (1998) ont identifié des difficultés liées à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD de 1994 aux trois niveaux de politiques suivants, se situant en dessous du niveau national des politiques : (1) classement prioritaire des interventions de santé reproductive pour guider les programmes, (2) expansion des programmes de PF/SR et (3) mobilisation de ressources financières ou utilisation plus efficace des ressources existantes (Hardee et al., 1999 ; Ashford et Makinson, 1999 ; Forman et Ghosh, 2000 ; Tanchou et Wilson, 2000). Certes, les pays en développement ont besoin de politiques nationales pour assurer le leadership et la direction au niveau national, mais ils ont également besoin de la volonté politique et des moyens nécessaires pour les traduire dans la réalité. Ils ont besoin d'argent, d'autres ressources et de politiques opérationnelles pour rendre cette application et exécution possibles.

De même, les investissements au niveau de la prestation de services se sont concentrés sur certaines ressources ou entrées, tels que la formation du personnel ou l'acquisition de produits. La plupart du temps, un investissement est fait sans examiner le contexte pertinent des politiques opérationnelles pour s'assurer que le système de santé utilise les investissements de manière productive. La Jordanie est un exemple instructif. Un important bailleur de fonds a formé certaines sages-femmes pour qu'elles puissent insérer les dispositifs intra-utérins (DIU), mais l'interprétation de la loi de santé publique régissant les professions médicales ne permet qu'aux médecins d'insérer les DIU (JNPC et Projet POLICY, 2000).

³ L'étude sur les scores des efforts de programme (SEP) remonte à 30 ans (Ross et Mauldin, 1996). Le SEP comprend une composante sur les politiques opérationnelles qui mesure trois sous-dimensions directement liées au fonctionnement du programme national. Les trois sous-dimensions comportent la structure et les processus organisationnels, le contexte juridique et réglementaire et l'octroi de ressources.

Encadré 1. Politiques opérationnelles : la clé du succès si l'on veut étendre à plus grande échelle les projets pilotes

« Cherchant à traiter un problème dans le système de soins de santé primaires suite à la décentralisation, l'USAID a financé un projet pilote au Cameroun pour introduire une nouvelle approche au financement et à la prestation des services de santé. Grâce à un approvisionnement régulier en médicaments, un système de fonds de roulement et une remise en état du système gratuit des soins de santé primaires, le projet a été une vive réussite quand il s'est terminé en 1994. Mais il n'a jamais été étendu à plus grande échelle. Les nouveaux aspects de ce [projet] pilote demandaient l'obtention de dérogations temporaires par rapport aux procédures normales. Ces dérogations temporaires n'avaient pas été traduites dans les réformes des politiques opérationnelles nécessaires pour que le projet soit reproduit. »

(Banque mondiale, 1998)

Il aurait fallu au minimum que le programme de formation ne soit pas réalisé tant que l'on ne dispose pas de certaines indications montrant que les décideurs sont prêts à supprimer cette barrière au niveau des politiques opérationnelles.

Les gouvernements, et surtout les bailleurs de fonds, ont cherché à traiter les problèmes au niveau de la mise en œuvre en réalisant des projets de démonstration et en effectuant une recherche opérationnelle dans des régions spécifiques, par exemple, les districts. Dans le cadre de ces interventions onéreuses, les démonstrations cherchent souvent à supprimer les barrières opérationnelles, non pas en changeant les politiques qui créent ces barrières, mais plutôt en « finançant » autour, tel que le montre l'Encadré 1. Prenons un exemple : au lieu de traiter les politiques opérationnelles qui maintiennent les véhicules en constant état de panne et mauvais fonctionnement, tel projet de démonstration a acheté de nouveaux véhicules. Aussi n'est-il guère surprenant qu'un grand nombre de ces interventions sont couronnées de succès uniquement tant que dure la

démonstration ou la recherche. Mais si la conception du projet de démonstration ne traite pas des barrières sous-jacentes au niveau des politiques opérationnelles, il est fort probable que le système de santé reviendra à son état et à sa situation de départ dès que cesse cette assistance financière.

En bref, jusqu'à récemment, les gouvernements et les bailleurs de fonds semblent s'être concentrés sur les politiques au niveau le plus élevé et sur la performance au niveau du service. Ils ont supposé implicitement que la mise en œuvre suivrait automatiquement la réforme des politiques et que les interventions techniques mèneraient à des améliorations permanentes sur l'ensemble du système en l'absence de tout autre changement. Ces hypothèses étaient souvent erronées et montrent bien combien il est nécessaire de connaître davantage les barrières au niveau des politiques opérationnelles et leurs conséquences à toutes les étapes de la conception des politiques et programmes et à tous les niveaux de gestion.

Saper les investissements dans la réforme du secteur de la santé

Les experts de terrain arrivent de plus en plus à la conclusion que la négligence des politiques et procédures responsables des pratiques inefficaces sape les investissements de modiques ressources nécessaires pour élargir les services afin de répondre à la demande croissante des soins de santé. Les initiatives de la réforme du secteur de la santé tendent à se concentrer sur le contexte macroéconomique, sur les questions de financement et sur l'utilisation d'incitations et de désincitations pour motiver les responsables et le personnel des soins de santé (Cassels, 1995 ; Berman, 1995 ; OMS, 2000). Toutefois, les experts ont déterminé qu'une connaissance plus approfondie était nécessaire du contexte des systèmes de santé dans lesquels travaille le personnel (Berman, 1999 ; Shaw, 1999 ; OMS, 2000 ; Manning, Mukherjee et Gokcekus, 2000). De fait, les politiques opérationnelles revêtent une importance centrale à la connaissance du contexte des systèmes de santé.

Il est capital que les gouvernements cherchent à améliorer l'efficacité des politiques opérationnelles en tant qu'élément faisant partie intégrante de la réforme de la santé. Le défi n'est pas des moindres, non seulement au vu des complexités des politiques opérationnelles et de l'inertie bureaucratique, mais également parce que certaines politiques préservent des modes d'improbité en place depuis longtemps. Toutefois, le rôle central du secteur de la santé publique et l'influence de ses politiques sur le secteur non gouvernemental fait qu'il est impératif que les initiatives de la réforme se concentrent sur les rouages de ces règles administratives encombrantes et détaillées

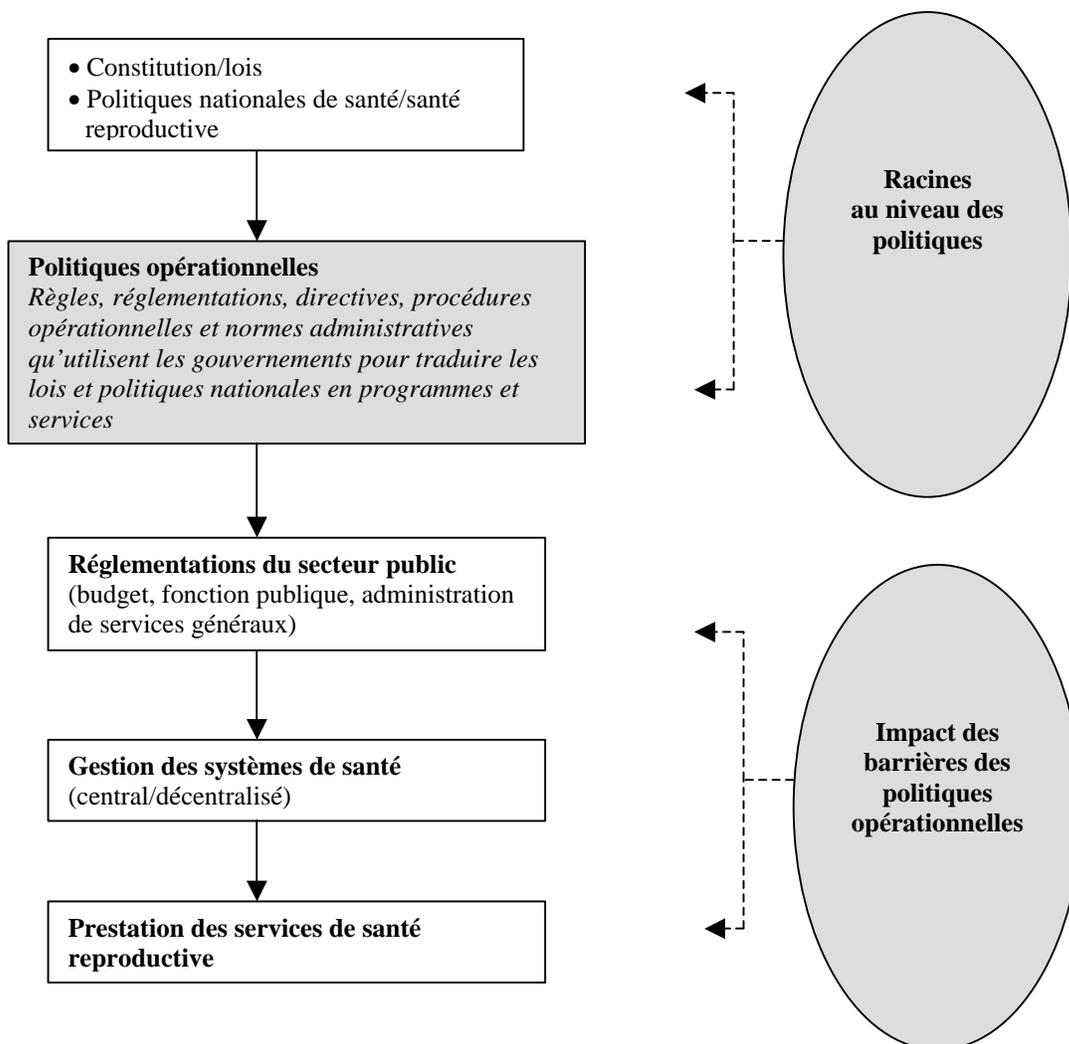
qui freinent le fonctionnement des systèmes de santé et la capacité d'exécuter leurs tâches chez les responsables et les prestataires de soins de santé. Par conséquent, les initiatives de la réforme de la santé, surtout celles influant sur la santé publique, doivent comprendre explicitement les racines, sur le plan politiques, des barrières opérationnelles et trouver des manières réalistes de les résoudre. Sans cette connaissance et sans ces actions, il sera difficile de mettre en œuvre de manière réussie les réformes de la santé et il sera quasi impossible d'améliorer les services de santé reproductive dans le secteur public.

Les racines, sur le plan politiques, des barrières opérationnelles

Les politiques nationales, telles que les politiques de santé reproductive, fournissent la vision et le cadre généraux pour les mesures gouvernementales. Pour réussir, les politiques nationales doivent être traduites en programmes qui atteindront les buts fixés au niveau national. De tels buts sont notamment une réduction de la mortalité maternelle ou de l'incidence du VIH/

sida ou l'élargissement de l'accès à la planification familiale. Pour passer des politiques nationales aux programmes locaux, il faut concevoir et appliquer des politiques opérationnelles qui, à leur tour, ont une influence déterminante sur la gestion et les services de santé (voir Figure 2).

Figure 2
Cadre conceptuel pour les politiques opérationnelles



Niveaux des politiques opérationnelles

L'Encadré 2 indique la hiérarchie et la gamme de lois, réglementations et politiques qui influencent la prestation des services de santé reproductive, telles qu'organisées au niveau gouvernemental. Les lois, réglementations, codes et politiques influençant le fonctionnement d'un système de santé sont divers, allant de ceux contrôlant les droits tarifaires à l'importation et les affectations budgétaires, les appels d'offre et les achats de contraceptifs au niveau ministériel à ceux influençant la manière dont le personnel de santé au niveau des soins primaires distribue son temps et la qualité du traitement que reçoivent les clients au niveau de la formation sanitaire.

Les politiques opérationnelles découlent de tous les niveaux du système gouvernemental – de la constitution et des lois au point de prestation de services – et entrent dans le champ d'action de plusieurs ministères et organismes d'exécution. Traiter les barrières au niveau des politiques opérationnelles demande que l'on prête attention à un ou plusieurs niveaux du gouvernement ; à une ou plusieurs lois, réglementations ou politiques et à un ou plusieurs organismes ou ministères.

Catégories des politiques opérationnelles

Outre une bonne connaissance des différents *niveaux* auxquels fonctionnent les politiques opérationnelles, il est utile de *classer en catégories* les politiques opérationnelles selon la composante du système de soins de santé qu'elles contrôlent. Une fois identifiée la barrière aux services au niveau des opérations, les catégories des politiques peuvent être utilisées comme liste de vérification pour déterminer quelles sont les politiques les plus susceptibles de créer la barrière.

Par exemple, supposons que les bénéficiaires de la communauté X ne reçoivent pas l'attention qu'ils attendent des agents de santé car ces derniers ne se rendent pas dans les villages aussi souvent qu'ils devraient. Si l'on veut comprendre les racines du

problème au niveau des politiques opérationnelles, il sera important de demander d'abord pourquoi les agents de santé ne viennent pas. Selon les réponses, l'étape suivante est de chercher les racines possibles, sur le plan des politiques opérationnelles, dans les catégories du personnel, des transports, de la formation et des fournitures. Inévitablement, on trouvera une ou plusieurs politiques opérationnelles qui expliquent pourquoi l'agent ne vient pas visiter la communauté et, partant, ont un effet sur la performance de ce dernier.

La Figure 3 indique les catégories des politiques opérationnelles que l'on peut trouver dans un système gouvernemental de santé. L'Encadré 3 montre des exemples de barrières opérationnelles pour les diverses catégories de politiques opérationnelles de la Figure 3.

Déterminer les racines, sur le plan politiques, des barrières opérationnelles

Les problèmes au niveau des politiques opérationnelles peuvent se manifester de plusieurs manières. La cause de certaines barrières opérationnelles est imputée à tort à des politiques opérationnelles dont l'existence n'est pas prouvée mais simplement supposée. Par exemple, les prestataires peuvent imposer des conditions concernant le consentement de l'époux ou des limitations d'âge pour certaines méthodes contraceptives, pensant à tort qu'il existe des lois ou réglementations spécifiant de telles conditions.

Les politiques opérationnelles peuvent interférer avec la prestation de services suite à une conception de politiques mal guidées, telles que, par exemple, le manque de clarté d'une loi. En Jordanie, le ministère de la Santé et la profession médicale interprètent une disposition de la loi de santé publique comme signifiant que seuls les médecins agréés peuvent insérer un DIU alors qu'il n'existe aucune interdiction explicite quant à l'insertion par des infirmières et des sages-femmes.

Dans d'autres cas, il n'existe pas de politiques et, par conséquent, les décideurs doivent formuler des

Encadré 2. Niveaux des politiques régissant les programmes de santé du secteur public et exemples de politiques opérationnelles

Constitution/Lois/Politiques nationales

- Lois nationales influant sur la santé reproductive
- Politiques nationales en matière de santé reproductive
- Garanties des droits humains

Politiques opérationnelles

Réglementations du secteur public

- Budget (processus pour déterminer : financement annuel, niveau et distribution, souplesse)
- Impôts et droits (impôts indirects, droits d'importation, taxe à la valeur ajoutée (TVA), exonérations)
- Personnel (règles afférentes au recrutement, licenciement, transfert)
- Immeubles et terrains (services publics, construction et entretien de l'infrastructure physique)
- Transport/véhicules (ressources et règles pour obtenir et entretenir les véhicules, carburant)

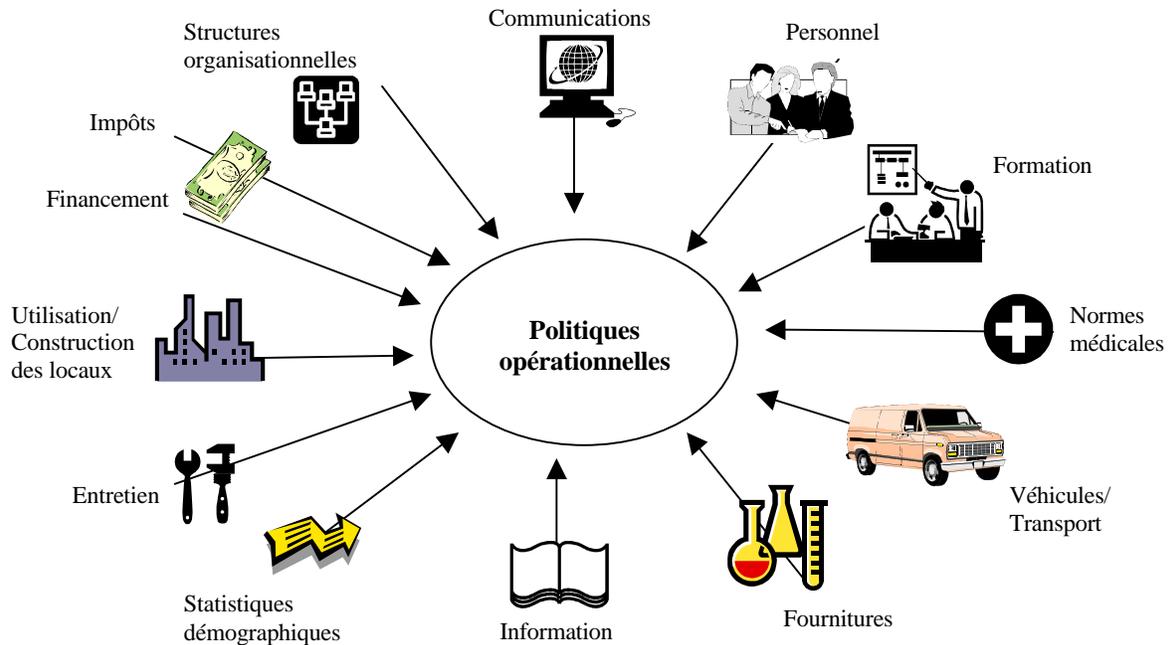
Gestion des systèmes de santé

- Politiques, planification et évaluation (processus et procédures)
- Organisation (responsabilités centrales et décentralisées)
- Organisation de services au niveau de la structure sanitaire (emplacement, distribution, hiérarchie)
- Organisation de services au niveau communautaire (emplacement, distribution, hiérarchie)
- Standards et accréditations (personnel, locaux sanitaires)
- Tarifs des services (niveaux, exonérations)
- Achats/logistique (procédures, réglementations)
- Systèmes d'information en gestion, suivi (réglementations, circulaires, procédures)
- Systèmes de référence (directives, circulaires)
- Droits du client (réglementations, normes)
- Réglementations du secteur privé de la santé

Prestation de services (y compris la santé reproductive)

- Structure organisationnelle (distribution hiérarchique)
- Personnel (clinique et communautaire : descriptions des tâches, emploi du temps, recrutement, affectation, développement professionnel, formation, supervision, évaluation de la performance)
- Matériel fongible (équipement, matériel/fournitures, acquisition et entretien des produits pharmaceutiques)
- Gestion de la logistique (transport, emmagasinage, inventaire, chaîne de froid, commandes)
- Entretien de la structure (circulaires, réglementations, directives)
- Gestion financière (directives sur la rétention des recettes, gestion des fonds, budgétisation pour les formations sanitaires, acquisition locale)
- Organisation de la structure sanitaire/circulation des patients (heures d'ouverture, disponibilité du personnel médical)
- Dossiers cliniques, systèmes d'information en gestion, notamment statistiques de service (directives, circulaires pour compiler et notifier l'information)
- Directives/protocoles/normes/standards de la prestation de services (médical, conseils, services d'éducation, choix informé/consentement)
- Système d'assurance de qualité
- Education/suivi des clients

Figure 3. Catégories de politiques opérationnelles



politiques opérationnelles dans un contexte où il n'en existait aucune auparavant. Avec l'approche de l'Inde « sans cible » appliquée pendant les années 90, le pays n'a pas réussi à formuler des politiques opérationnelles pour guider l'exécution de programme. Un vide de politiques peut également exister quand la réforme du secteur de la santé introduit des changements importants dans un système de santé du pays (Projet POLICY, 1998b ; 2001b).

Dans un grand nombre de pays, les politiques opérationnelles continuent à se situer dans l'abstrait, ne reposant sur aucune base concrète, alors que ces pays élargissent des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida. Grâce à sa nature complète et à son adhésion aux principes et accords internationaux concernant la lutte contre le VIH/sida, la politique et le plan stratégique nationaux des Philippines pour combattre le VIH/sida est un modèle que d'autres nations asiatiques ont suivi. Et pourtant, les politiques opérationnelles du plan créent de fait un contexte qui est contradictoire à la politique nationale des Philippines. Par exemple, alors que le Code sanitaire de

1975 demande à toutes les prostituées d'être examinées régulièrement, il impose une restriction d'âge pour les clients des centres publics de santé responsables du dépistage et du traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida (Gouvernement des Philippines, 1975). Par conséquent, les travailleurs du sexe de moins de 18 ans (qui sont la majorité des travailleurs du sexe dans certains endroits) n'ont guère, voire aucun accès aux services de prévention et de traitement (Projet POLICY, 2001a).

Le Cambodge a promulgué une loi nationale et une déclaration de politiques corollaires protégeant spécifiquement les droits humains de tous ceux infectés par le VIH/sida. Et pourtant, le pays n'a aucune politique du travail pour le traitement des travailleurs en ce qui concerne le VIH/sida. Les employeurs peuvent renvoyer sans aucun problème des employés infectés par le VIH/sida. Une situation analogue existe aux Philippines, où le département du Travail n'a pas de politique du travail pour les entreprises en ce qui concerne le VIH/sida.

Encadré 3. Exemples de barrières opérationnelles, par catégorie de politiques opérationnelles	
Barrière	Catégorie de politiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absences et rotations fréquentes du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel, financement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribution disproportionnée urbaine-rurale ou régionale des médecins et des infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures organisationnelles, personnel, financement, octroi de ressources
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrières médicales telles que restrictions quant au personnel qui a l'autorisation de distribuer les contraceptifs ou d'administrer les traitements de médicaments et condition stipulant le consentement de l'époux pour les services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes médicales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choix limité des contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes médicales, financement, impôts
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruptures de stock de contraceptifs, de médicaments et de fournitures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournitures, financement, véhicule/transport
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gaspillage de produits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournitures, information, financement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation inadéquate avant l'emploi et en cours d'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation, personnel, structures organisationnelles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de transport pour les cas obstétricaux d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Véhicule/transport, octroi de ressources
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles systèmes de référence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures organisationnelles, formation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus complexes pour les systèmes d'information en gestion (et manque de connaissance quant à l'utilisation de l'information provenant des statistiques de service) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Longs délais pour que les nouvelles directives arrivent du niveau central au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structures organisationnelles, communications

D'autres politiques opérationnelles ne sont plus adéquates car elles sont trop anciennes. Par exemple, en Inde, les sages-femmes continuent à remplir des formulaires avec une information qui n'est même plus utilisée. Une fois introduits, les registres ne sont plus jamais retirés, d'où une mauvaise utilisation du temps de travail de l'agent de santé le plus essentiel (Projet POLICY, 1998a).

Certaines politiques opérationnelles reposent sur de bonnes bases, mais leur application est ralentie par le laps de temps qui s'écoule entre le moment où les politiques sont formulées et le moment où elles sont communiquées aux niveaux adéquats du système de santé. Par exemple, aux Philippines, une évaluation de la Banque mondiale à la fin des années 80 notait que huit mois s'écoulaient pour qu'une directive aille

du ministère de la Santé au niveau local (Feranil, 2001). Le processus de communication d'une politique ou d'une directive est en lui-même une politique opérationnelle importante.

Il est également important d'identifier les barrières opérationnelles qui n'ont pas de racines dans les politiques. Par exemple, certaines barrières peuvent être supprimées en fournissant une formation ou des outils pour améliorer les connaissances, les compétences et les pratiques (mises à jour sur la technologie contraceptive ou formation sur les normes existantes ou amélioration des pratiques de gestion). D'autres barrières sont le produit d'attitudes socioculturelles ou le résultat de ressources insuffisantes (par exemple, les politiques sur l'octroi des ressources sont bonnes, mais les limites du

financement ne permettent pas d'acheter l'équipement, les fournitures ou l'entretien nécessaires). Les barrières associées aux ressources inadéquates doivent être éliminées en fixant des priorités appropriées ou en augmentant les ressources. Et pourtant, de nombreux problèmes qui se présentent au niveau opérationnel viennent de barrières sur le plan des politiques.

Les barrières opérationnelles, souvent, semblent énormes et ingérables. Et pourtant, il y a des moyens prouvés pour identifier et traiter les racines au plan des politiques des barrières opérationnelles. La section suivante présente les méthodes pour traiter les barrières au niveau des politiques opérationnelles.

Méthodes pour traiter les politiques opérationnelles

Traiter les barrières opérationnelles et leurs liens aux politiques opérationnelles demande quatre grandes étapes données ci-dessous :

- comprendre le secteur public ;
- mettre en place un système de collaboration pour identifier les barrières ;
- réaliser des analyses pour identifier les racines, au plan des politiques, des barrières ; et
- veiller à l'application des recommandations de l'analyse pour supprimer les barrières au niveau des politiques.

Les sections ci-après décrivent dans le détail chacune de ces étapes.

Comprendre le secteur public

Une évaluation des politiques opérationnelles doit commencer par une connaissance approfondie du secteur public. Ce qui nous intéresse, c'est ce que Donabedian appelle la « structure » des soins⁴ : « les caractéristiques relativement stables des prestataires de soins, des outils et des ressources dont ils disposent, ainsi que de la structure physique et organisationnelle dans laquelle ils travaillent » (Donabedian, 1980 : 81). La première étape est de brosser un tableau clair du contexte des politiques du secteur public dans lequel fonctionne un système de soins de santé – ainsi que de la manière dont les politiques opérationnelles des services sanitaires se rapportent aux lois et politiques nationales, aux réglementations du secteur public, à la gestion des systèmes de santé et à la prestation des services de santé reproductive (voir Figure 2 et Encadré 2). Les barrières opérationnelles peuvent être liées à ces quatre niveaux et un grand nombre de barrières sont influencées par des politiques à de

nombreux niveaux. Tel qu'indiqué dans l'Encadré 4, toute une gamme d'organisations participe à la formulation des politiques opérationnelles.

La seconde partie de la connaissance du secteur public consiste à inclure les points de vue des responsables et du personnel qui connaissent le mieux les problèmes opérationnels et leur effet sur l'accès et la qualité. Souvent, les responsables et le personnel, dans un système de soins de santé, ne connaissent pas ou n'étudient pas les causes sous-jacentes, sur le plan des politiques, des problèmes opérationnels qu'ils rencontrent. Mais quand on leur pose les bonnes questions, ils fournissent des points de vue qui éclairent bien les rouages et le fonctionnement du secteur public.

Toutes les barrières de politiques n'ont pas le même impact sur l'accès, la qualité et l'efficacité ; et toutes les barrières de politiques n'exigent pas les mêmes ressources pour être supprimées. L'Encadré 5 présente un exemple de liste de vérification pouvant être utilisée pour fixer les priorités lorsqu'on cherche à supprimer les barrières au niveau des politiques opérationnelles. La liste peut être utilisée tout au long du processus d'identification et d'analyse des barrières opérationnelles et de leurs racines au niveau des politiques. L'information de la liste peut être mise au fur et à mesure qu'elle devient disponible tout au long du processus. La Figure 3 et l'Encadré 3 peuvent être utilisés pour identifier le type, l'ampleur et l'impact des barrières opérationnelles (la barrière, impact éventuel sur l'accès et la qualité et l'efficacité de la barrière devant être supprimée, ainsi que complexité de la barrière). D'autres informations utiles pour déterminer les barrières opérationnelles qu'il faut traiter se rapportent notamment à l'éventuel soutien

⁴ Le cadre classique de Donabedian (1980) pour évaluer la qualité des soins de santé a servi de fondement au cadre Bruce/Jain de la qualité des soins pour la planification familiale (Bruce, 1990). Donabedian inclut trois composantes dans son cadre : la structure du système, le processus de soins et les résultats des soins.

Encadré 4. Niveaux des politiques opérationnelles et organisations responsables	
Politiques	Organisation ou Ministère
Réglementations du secteur public	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impôts, droits, patentes, approbation de fabrication, importation, vente de produits pharmaceutiques ▪ Affectation et octroi de ressources ▪ Gestion financière ▪ Réglementations afférentes à l'application des lois dans le domaine de la santé (y compris l'assurance), les finances, les droits humains ▪ Personnel ▪ Locaux et équipement publics (planification, utilisation, construction, entretien) ▪ Ordres exécutifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Branche législative et exécutive, ministères des Finances et du Commerce ▪ Législature, ministère des Finances ▪ Trésor, ministère des Finances ▪ Ministères de la Santé, des Finances, de l'Administration, du Travail, de l'Administration de l'Alimentation et des Médicaments, organisations avec compétences judiciaires ▪ Autorité de fonction publique ▪ Travaux publics ▪ Chef de l'État
Gestion des systèmes de santé	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordres exécutifs et politiques de gestion du système de santé publique (manuels, circulaires, directives) ▪ Licences, homologation, professions médicales/pharmaceutiques publiques, normes des professions médicales/pharmaceutiques ▪ Admissions, programmes, normes des facultés de médecine, écoles d'infirmières, de sages-femmes ▪ Normes d'assurance ▪ Directives/protocoles/normes/standards de la prestation de services ▪ Types de services devant être fournis par divers personnels de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministère de la Santé, secrétaire général/secrétaire principal, chefs de bureau/division (des services médicaux, soins de santé primaires, achats, pharmacie, formation, services d'information, d'éducation et de communication), directeurs médicaux régionaux/départementaux ▪ Conseils d'accréditation du gouvernement, associations professionnelles des médecins, infirmières, sages-femmes, pharmaciens ▪ Personnel universités/écoles, associations professionnelles ▪ Ministère de la Santé, commissions réglementaires ▪ Bureau/division responsable des normes et standards ▪ Associations professionnelles des médecins, infirmières, sages-femmes et pharmaciens, ministère de la Santé
Prestation de services (y compris santé reproductive)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affectation du personnel dans une juridiction, emplois du temps, tâches, budgétisation, suivi de la performance, recouvrement des paiements ▪ Planification des tâches, équipement, fournitures, produits ▪ Procédures cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin-chef de district, superviseur des hôpitaux de district, directeur des infirmiers, superviseur des agents de santé, responsable clinique, infirmière en chef, responsable du personnel, politiciens ▪ Médecin-chef de district, superviseur des hôpitaux de district, directeur des infirmières, superviseur des agents de santé, responsable clinique, infirmière en chef ▪ Directeurs médicaux régionaux/départementaux, responsables cliniques, infirmière en chef

Encadré 5. Liste de vérification pour déterminer les barrières opérationnelles prioritaires dont il faut traiter								
Barrière	Impact éventuel sur l'accès, la qualité, l'efficacité des programmes de santé reproductive	Complexité de la barrière	Éventuel soutien ou opposition	Temps nécessaire pour le changement	Ressources nécessaires pour le changement	Que faut-il changer ?	Facilité de la décision pour changer la politique opérationnelle (par exemple, ordre exécutif plutôt que décret parlementaire)	Rang prioritaire
(Utiliser la Figure 3 et l'Encadré 3 pour classer et décrire la barrière)	(Fort, moyen, faible)	(Élevée, moyenne, faible)	(Décrire)	(Court, moyen, long)	(Financières, humaines)	(Politique dont on suppose l'existence, politique fondée sur le manque de clarté de la loi, absence de politique, application lente, obsolète)	(Difficile, moyenne, facile)	(Élevé, moyen, faible)

ou à l'opposition possible pour la suppression de la barrière, au temps et aux ressources nécessaires pour procéder au changement, à ce qu'il faut changer à propos de la politique opérationnelle (absence de politique, politique dont on suppose simplement l'existence, politique qui existe mais dont l'application est lente, politique obsolète), ainsi qu'à la facilité de la décision en vue de changer la politique opérationnelle (par exemple, un ordre exécutif ou un décret du Parlement). Avec cette information, on peut classer par ordre prioritaire les barrières opérationnelles.

Prendre une approche de collaboration

La collaboration est l'une des stratégies les plus productives pour vérifier que tous les décideurs du gouvernement, les institutions locales et les bailleurs de fonds se concentrent sur des approches complémentaires pour résoudre les problèmes

opérationnels. La plupart de ces personnes et organisations soit n'ont pas pour mission de traiter les politiques au-delà de leur contexte opérationnel immédiat, soit elles n'examinent pas souvent les politiques dans d'autres secteurs qui peuvent influencer la santé. Néanmoins, les organisations – qu'elles soient locales ou internationales – qui se penchent sur les questions de politiques peuvent traiter tous les niveaux de la formulation de politiques, allant du président et du Parlement jusqu'au niveau décentralisé. Elles peuvent intervenir au niveau de politiques n'entrant pas dans la portée du personnel au niveau opérationnel et, en collaboration avec des organisations de prestation de services, vérifier qu'il existe une solide analyse des problèmes et des réformes pratiques et adéquates.

Par exemple, l'Initiative maximiser l'accès et la qualité (MAQ) se concentre essentiellement sur le niveau de la prestation des services de santé repro-

ductive en réalisant des interventions⁵ qui amélioreront les soins reçus par les clients. Toutefois, l'engagement du leadership est considéré comme la première des nombreuses interventions MAQ nécessaires pour garantir le soutien au changement. Par conséquent, les organisations avec une expertise sur le plan des politiques devraient participer à la conception et au soutien des activités MAQ. Sinon, ces activités risquent de ne pas obtenir le soutien nécessaire au niveau décisionnel concerné et peuvent piétiner, tel qu'on le constate pour certaines activités MAQ de la région francophone.

Lors d'une conférence MAQ en Afrique francophone (Dakar, mars 1999), les participants ont fait le compte rendu des progrès réalisés au niveau de la formulation de protocoles, normes et procédures (PNP). Malgré la qualité élevée, tant du contenu que du processus de la mise au point d'un grand nombre de ces PNP, pratiquement tous les participants ont convenu qu'il existait peu de faits montrant que les PNP étaient effectivement utilisés et appliqués au niveau opérationnel. Les raisons citées étaient notamment « le manque de ressources » et « le manque de formation ». Autrement dit, une composante importante des politiques opérationnelles existait bien mais n'était pas utilisée car l'engagement face aux PNP allait rarement au-delà du chef de division ou de bureau ou du personnel responsable pour le programme national de planification familiale. Les politiques qui influencent l'application des PNP concernent l'affectation du personnel, les changements dans les descriptions des tâches et des conditions de travail, l'évaluation des besoins en matière de formation, l'octroi de ressources et la formation avant l'emploi. Les hauts fonctionnaires des divers ministères, les associations professionnelles et les facultés de médecine et écoles d'infirmières sont les structures qui exercent un contrôle sur ces politiques. Dans la plupart des cas, ces décideurs n'étaient pas engagés dès le début du processus PNP

et, par conséquent, ils n'étaient pas persuadés de la nécessité de procéder à une réforme des politiques dans leurs domaines respectifs.

Pour préparer le terrain de l'Initiative MAQ, plusieurs études se sont penchées sur les barrières médicales aux services de planification familiale (Hardee et al., 1998 ; Bertrand et al., 1995 ; Galway, 1992 ; MSPAS, OPTIONS et USAID, 1993). Shelton, Angle et Jacobstein (1992) ont fait une liste de sept types de barrières médicales : contre-indications inadéquates, conditions liées aux caractéristiques nécessaires pour participer, barrières au niveau du processus ou programmation/calendrier, biais des prestataires, obstacles réglementaires, limites sur les personnes habilitées pour fournir les services et prise en charge inadéquate des effets secondaires. Un certain nombre de ces barrières comportent des implications sur le plan des politiques. Par exemple, au Guatemala, une organisation intervenant au niveau des politiques s'est alliée à d'autres partenaires dans le cadre d'une étude des barrières médicales au sein des prestataires (Jewell, 2000). Apportant l'optique politique à l'étude, l'équipe a identifié les questions de politiques sous-jacentes aux barrières identifiées. À présent, les prestataires traitent des politiques alors qu'ils cherchent à procéder à des améliorations permanentes et à long terme au niveau de l'accès aux services et de la qualité des services (MSPAS et al., 2000). Dans le cadre d'une activité complémentaire réalisée par la même organisation, un rapport sur les lois et politiques en matière de santé reproductive au Guatemala a défini clairement le fondement juridique et politique du droit à l'information et aux services en matière de planification familiale. Par conséquent, les responsables du plaidoyer utilisent à présent le rapport comme outil dans leur campagne pour travailler avec le ministre de la Santé dont on sait qu'il soutient vivement la planification familiale afin d'encourager l'élimination des barrières médicales identifiées par l'étude.

⁵ Les 12 domaines d'intervention dans le cadre MAQ de Synergie des interventions sont les suivants : (1) leadership ; (2) engagement des clients ; (3) engagement de la communauté ; (4) récompenses des prestataires/environnement ; (5) normes directives ; (6) organisation du travail ; (7) formation ; (8) aides professionnelles ; (9) fournitures/logistique ; (10) supervision constructive ; (11) indicateurs/certification ; et (12) résolution de problèmes.

Dans le cadre d'une initiative complémentaire à l'Initiative MAQ, des organisations internationales de santé reproductive réalisent une autre initiative d'amélioration de la qualité dans le domaine de l'amélioration de la performance qui se concentre sur les ressources humaines et s'étend et se diversifie aux facteurs institutionnels quand on détermine que de tels facteurs entravent le travail d'un agent de santé. Par exemple, si un agent n'exécute pas correctement son travail, une des « causes-racines » pourrait se situer au niveau des locaux, équipements ou produits inadéquats. Des locaux ou équipements inadéquats trouvent leurs causes dans les systèmes de gestion, mais également dans les politiques opérationnelles qui régissent ces systèmes. À ce jour, l'amélioration de la performance s'est concentrée essentiellement sur le niveau de la prestation des services. L'adjonction d'une approche politique peut s'étendre à tous les niveaux du système du secteur public.

Les études d'analyses situationnelles peuvent mettre à jour un problème avec des sous-systèmes particuliers dans le cadre d'un programme de planification familiale ou de santé reproductive, mais n'identifient pas forcément les aspects de la politique opérationnelle perpétuant le problème. De plus, les organisations réalisant la recherche opérationnelle, souvent, ne sont pas celles chargées de procéder aux changements nécessaires au niveau des programmes ou politiques.

Les analyses situationnelles qui indiquent des changements dans le temps (Burkina Faso, Kenya, Sénégal et Zimbabwe) permettent d'identifier des domaines où des améliorations sur une longue période n'ont pas été significatives et de déterminer si les politiques sous-jacentes freinent les progrès. Par exemple, une étude faite au Kenya a constaté qu'en dépit du matériel d'éducation supplémentaire disponible dans les centres de santé sur une période de six ans, aucune amélioration n'était notée ni dans les causeries sanitaires organisées avec les clients qui attendaient, ni dans la fréquence de la supervision – malgré des résultats et recommandations analogues dans le cadre d'études précédentes (Ndhlovu et al., 1997). Les résultats pourraient être examinés davantage pour trouver les racines, au niveau des politiques, qui empêchent peut-être le personnel de

prendre les mesures nécessaires. Est-ce que les politiques relatives au personnel bloquent les efforts faits pour vérifier que les descriptions des tâches, les conditions de travail, la formation et l'affectation du personnel clinique répondent et soutiennent le besoin de faire un plus grand nombre de causeries sanitaires, plus de visites de supervision ? Est-ce que les politiques liées à l'entretien, à la réparation des véhicules et à l'utilisation des véhicules soutiennent des visites de supervision plus fréquentes ?

Analyser les barrières sur le plan des politiques opérationnelles

Au regard de la vaste gamme de problèmes et causes possibles, ainsi que de la fourchette d'interventions, un grand nombre de méthodes sont disponibles pour étudier les politiques opérationnelles. Toutefois, la méthode choisie devrait adhérer à certains principes qui assurent sa réussite. Premièrement, toutes les approches méthodologiques devraient reposer sur deux composantes faisant partie intégrante de la gestion de qualité totale : les principes de la cartographie ou du diagramme des processus opérationnels et de l'analyse des causes-racines qui identifie un problème et le suit pour remonter jusqu'à sa cause (ou à ses causes) primaire (Juran et Gyrna, 1988 ; Ishikawa, 1982 ; Omachonu, 1991). Deuxièmement, les analystes doivent collecter une information exacte et complète sur les barrières ou inefficacités, y compris les données sur l'ampleur du problème, ses conséquences ainsi que les politiques opérationnelles qui engendrent les barrières. L'information doit comprendre le document exact de la politique opérationnelle (décret, circulaire conjointe, réglementations) ainsi que l'information sur la personne qui est responsable de la politique opérationnelle et qui a le pouvoir de la changer.

Troisièmement, le processus participatif revêt une importance capitale. En traitant les barrières opérationnelles et leurs causes au niveau des politiques, la participation des responsables et du personnel aux niveaux appropriés est d'importance capitale si l'on veut identifier exactement les barrières les plus importantes et celles qui occasionnent le plus de gaspillage. Toutefois, il est tout aussi important d'engager les décideurs à haut niveau pour s'assurer

de leur engagement dès le début pour qu'ils remontent les barrières jusqu'à leurs causes-racines et envisagent sérieusement les données qui en résultent. Une fois les données analysées, le personnel de terrain devrait aider d'abord à identifier et à classer les barrières des politiques opérationnelles qu'il faut changer et deuxièmement, à offrir des solutions pour éliminer les barrières. Les chercheurs doivent aider à concevoir les études, à collecter les données et à exécuter les analyses nécessaires pour traiter des barrières au niveau des politiques opérationnelles. Il faut inclure les décideurs pour garantir des changements adéquats dans le contexte de politiques global qui mènent à la mise en œuvre des réformes de politiques.

Voici des méthodologies qui ont été utilisées pour étudier les barrières opérationnelles et leurs racines au niveau des politiques opérationnelles :

- Des études conjointes de problèmes opérationnels qui se concentrent sur une optique particulière (par exemple, barrières médicales, maximiser l'accès et la qualité, analyses situationnelles) dans le cadre desquelles une organisation de politiques s'allie à des institutions homologues dans le but explicite d'identifier et de traiter les causes se rapportant aux politiques dont la résolution n'est pas dans la portée du personnel des opérations (Galway, 1992).
- Des études juridiques et réglementaires qui font l'inventaire de textes pertinents juridiques et politiques et examinent leur incidence au niveau opérationnel par le biais d'interviews avec des informants-clés (INPC et Projet POLICY, 2000 ; Iknane et al., 2000 ; Rudy, 1999 ; Ravenholt, 1999 ; Ministère de la Santé publique, 1994).
- Des études directes de problèmes opérationnels spécifiques qui relient les problèmes à leurs racines sur le plan des politiques (Projet POLICY, 1998a ; Bailey et al., 1994 ; Adé, Eustache et Guengant, 1996 ; Huk, 2001).
- Des analyses financières, budgétaires et administratives qui montrent où les politiques d'octroi des ressources, les pratiques de

financement et les procédures administratives causent des inefficacités opérationnelles (Olave, 2000 ; IIHMR et Projet POLICY, 2000).

- Des études sur l'environnement de politiques et les efforts de programme en santé reproductive (y compris la planification familiale, la maternité sans risques et la lutte contre le VIH/sida) qui identifient des politiques opérationnelles nécessitant des corrections (Ross et Stover, 1997 ; Stover, 1999 ; Bulatao et Ross, 2000).

Veiller à l'application des recommandations pour diminuer les barrières au niveau des politiques opérationnelles

L'identification et l'analyse des barrières au niveau des politiques opérationnelles ne représentent que la moitié du chemin. En effet, il est tout aussi important de prendre les mesures nécessaires pour réduire ou éliminer les barrières.

Une analyse approfondie des questions relatives aux politiques opérationnelles à Uttar Pradesh, en Inde, a suivi une approche d'analyse des systèmes pour identifier les nombreuses barrières se rapportant aux politiques (Projet POLICY, 1998a). Les chercheurs ont commencé au niveau des locaux sanitaires du système public de santé en compilant une liste des conditions opérationnelles dans les centres de santé primaires et les dispensaires. Les conditions portaient sur la présence de fournitures et de produits adéquats, l'équipement en bon état de fonctionnement, le personnel disponible, la présence ou l'absence de l'entretien, la disponibilité de véhicules, etc. Ensuite, ils ont collecté toutes les circulaires et tous les mémorandums communiqués sur des sujets pertinents, tels que les transports, la logistique et le transfert du personnel sur une période donnée. Ils ont également analysé les données des registres et rapports disponibles. Enfin, les chercheurs ont interviewé des personnes – clés à chaque niveau pour comprendre comment elles interprétaient les problèmes opérationnels et pour identifier les politiques opérationnelles qui étaient la cause des répercussions négatives sur la performance du système.

Tout au long du processus d'identification des barrières opérationnelles, d'analyse des racines au niveau des politiques et de la recommandation des solutions, l'équipe de recherche a tenu au courant les décideurs concernés. Aussi, la Politique de population de l'État de l'Uttar Pradesh de 2000 traitait-elle de toutes les grandes questions concernant les politiques opérationnelles, mises à jour par les études de l'Uttar Pradesh (Gouvernement de l'Uttar Pradesh, 2000). Les étapes nécessaires pour remanier les politiques ont été incluses dans le plan détaillé de l'État visant à mettre en œuvre la politique et le plan d'exécution a été officiellement adopté en 2001.

En Haïti, la cartographie des structures et du personnel sanitaire a montré, sous forme graphique, l'octroi disproportionné de ressources dans le système national de prestation des services de santé, tel que décrit dans un rapport à grande diffusion (Adé, Eustache et Guengant, 1996). L'information du projet de cartographie sert à présent de source de données pour l'analyse des politiques et comme base de la réforme, y compris l'expansion proposée des centres mobiles par le ministère de la Santé et la formulation de la première politique nationale de population.

En Jordanie, dans le cadre d'un suivi de l'étude sur les barrières politiques, juridiques et réglementaires qui identifiait la prestation exclusive des DIU par les médecins comme une barrière à l'accès aux DIU, les activités de plaidoyer comprenaient un atelier et des discussions entre une organisation intervenant sur le plan des politiques et le ministère de la Santé (Almasarweh, 2001 ; JNPC et Projet POLICY, 2000). L'équipe spéciale nationale chargée de rédiger le Plan d'action pour la Santé reproductive (PASR) a reconnu l'importance de cette barrière et a inclus sa suppression dans les activités devant être réalisées lors des trois années à venir.

En Roumanie, une analyse juridique et réglementaire qui identifiait les lacunes de la couverture d'assurance a servi de base aux recommandations visant à combler ces lacunes. En 1997, la Roumanie adoptait une loi sur l'assurance médicale sociale qui apportait un cadre général à l'assurance. Le ministère de la Santé, l'Assurance sanitaire et le Collège des Médecins devaient spécifier les services à inclure. Au titre d'autres activités de

plaidoyer, une étude sur le coût-efficacité de la contraception (Jensen et Stanesco, 1998) a convaincu le gouvernement d'inclure la PF/SR à l'ensemble des allocations fondamentales de l'assurance maladie. La réforme de la santé a rendu le système d'assurance maladie responsable de la prestation de services et le ministère de la Santé s'est consacré davantage à la formulation de politiques opérationnelles et à la gestion de programmes nationaux. En 2000, la Roumanie a approuvé trois grandes politiques de sécurité contraceptive qui, ensemble, forment le cadre des objectifs et du financement en matière de contraception. Actuellement, le gouvernement est en train de formuler des critères clairs et des directives d'application pour identifier et vérifier les groupes ayant droit aux subventions du gouvernement (Feranil, Clyde et Cross, 2001).

En Ukraine, l'administration du président a adopté le Programme national de Santé reproductive 2001 – 2005 (PNSR) en 2001. Un atelier sur les barrières au niveau des politiques opérationnelles a réuni divers groupes concernés dont les membres du Groupe de Formulation des politiques du ministère de la Santé, aux fins de commencer le travail de formulation des normes cliniques et plans opérationnels pour la mise en œuvre réussie du PNSR. Un document identifiant certaines questions de politiques opérationnelles dans le contexte de la réforme sanitaire a fourni la base des discussions (Huk, 2001). Certaines barrières au niveau de la politique opérationnelle identifiées lors de l'atelier avaient des causes-racines bien connues et elles ont été traitées dans un avant-projet de décret du ministère de la Santé de l'Ukraine et présenté ensuite au cabinet des ministres aux fins d'approbation mi-2001. Pour les barrières au niveau des politiques opérationnelles dont les causes-racines étaient inconnues, des études sont en cours actuellement se concentrant sur l'utilisation inefficace des ressources – financières, humaines, investissement et matériel. Une série future de recommandations présentées au cabinet des ministres traitera de ces barrières.

Tel que décrit dans les expériences précédentes des divers pays, il est de toute première importance d'engager les dirigeants de haut niveau face à l'application des recommandations pour vérifier l'engagement des décideurs dès le début aux fins de

parvenir jusqu'aux causes-racines des barrières et envisager sérieusement les données qui en résultent. Une fois les données analysées, les points de vue du personnel de terrain sont devenus importants pour identifier et classer par ordre prioritaire les barrières au niveau des politiques opérationnelles devant être traitées et pour offrir des solutions afin d'éliminer les barrières. Toutefois, seuls les décideurs peuvent garantir des changements adéquats dans le contexte de politiques plus global menant à la mise en œuvre des réformes des politiques opérationnelles.

Récapitulatif des étapes pour traiter les barrières au niveau des politiques opérationnelles

L'Encadré 6 fournit une liste plus détaillée des activités liées aux étapes pour traiter les barrières des politiques opérationnelles.

Encadré 6. Étapes pour traiter les barrières opérationnelles de la santé reproductive par le biais de l'analyse des politiques	
Étape	Description
1. Comprendre le secteur public	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les questions avec des racines possibles au niveau des politiques opérationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager, le cas échéant, les responsables, le personnel, les chercheurs et d'autres • Utiliser la liste de vérification (voir Encadré 5) pour déterminer les barrières opérationnelles devant être supprimées • Examiner l'information existante sur les programmes de santé reproductive et les systèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'engagement des décideurs pour supprimer les obstacles de politiques au niveau opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager les décideurs, les responsables de programme, les principales parties concernées et les bailleurs de fonds • Se mettre d'accord sur la méthodologie pour identifier les barrières opérationnelles • Se mettre d'accord sur un plan pour suivre les résultats
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les barrières opérationnelles et leur niveau de politiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Engager, le cas échéant, les responsables et le personnel, ainsi que d'autres personnes • Réaliser ou utiliser des études existantes, telles que l'analyse situationnelle, les barrières médicales ou autres initiatives MAQ • Dégager les résultats, tirer les conclusions au niveau des barrières opérationnelles
2. Adopter une approche de collaboration	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les barrières prioritaires devant être traitées 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la liste de vérification (voir Encadré 5) pour aider à déterminer les barrières opérationnelles prioritaires devant être traitées (pour chaque barrière, mentionner l'impact éventuel, la complexité, le temps nécessaire, les ressources nécessaires et si la suppression de la barrière est une décision ne devant être prise qu'une seule fois)
<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les causes-racines 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassembler le personnel des niveaux appropriés de l'organisation • Collaborer avec d'autres organisations traitant des barrières opérationnelles pour vérifier l'inclusion d'une optique de politiques • Utiliser la Figure 3 (catégories des politiques opérationnelles) et l'Encadré 3 (barrières par catégorie de politiques) comme guides • Identifier et classer les causes-racines pouvant être résolues par le biais de la formation, du changement de comportement, des ressources, des politiques, etc. • Continuer le processus avec ces barrières qui prennent racine dans les politiques à n'importe quel niveau du système public de santé

Encadré 6. Étapes pour traiter les barrières opérationnelles de la santé reproductive par le biais de l'analyse des politiques	
Étape	Description
3. Analyser les barrières au niveau des politiques opérationnelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Collecter et analyser des données supplémentaires pour identifier l'impact des politiques au niveau opérations dans les domaines hautement prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les textes de politiques (par exemple, les déclarations de politiques, les circulaires, les dossiers de services, etc.) • Examiner les données existantes (par exemple, les données financières et les statistiques de services, les dossiers sur les systèmes d'information en gestion, les dossiers sur l'approvisionnement et les fournitures et l'information EDS) • Interviewer les informants-clés à tous les niveaux du système examiné • Utiliser l'approche « étude de cas » pour un échantillon de districts, centres de santé, etc. pour démontrer dans le détail les impacts des politiques • Fournir des preuves physiques telles que des photographies pour démontrer les problèmes au niveau de l'infrastructure physique • Faire une étude ou s'inspirer des analyses économiques existantes
4. Veiller à l'application des recommandations pour diminuer les barrières au niveau des politiques opérationnelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Recommander et préconiser les changements 	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter les résultats de l'analyse de politiques aux décideurs de manière compréhensible • Réaliser un dialogue en matière de politiques • Diffuser les résultats pour soutenir le plaidoyer par le biais d'une vaste participation de parties concernées
<ul style="list-style-type: none"> • Aider à rédiger ou à reformuler les politiques opérationnelles pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les mécanismes appropriés et les décideurs responsables du changement
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre le changement de politiques et la mise en œuvre de politiques opérationnelles, nouvelles ou revues, et leur incidence sur les barrières opérationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude de suivi pour mesurer les changements par rapport aux données de base

Conclusion

Selon le *Rapport sur la Santé dans le monde 2000*, « [L]a qualité des services diminue quand les ressources nécessaires (physiques et humaines) manquent et quand les procédures correctes ne sont pas utilisées. Le manque de médicaments essentiels, des structures sanitaires inaccessibles ou un personnel absent, des véhicules et un équipement qui ne fonctionnent pas et des locaux précaires sont les symptômes communs dans le secteur public. Quand ces symptômes se présentent, la santé en souffre » (OMS, 1999 : 34–35). Cette description des programmes du secteur public s'applique à un grand nombre de programmes de santé reproductive dans le monde. Alors que les ressources deviennent de plus en plus rares, les conditions des programmes de santé du secteur public s'aggravent. Donabedian (1980: 81) notait, il y a 20 ans, « Je pense qu'une bonne structure, c'est-à-dire des ressources suffisantes et une bonne conception du système, est probablement le moyen le plus important de protéger et de promouvoir la qualité des soins ».

Les politiques opérationnelles sont une partie intégrante de cette « bonne structure » et leur influence est évidente chaque jour sur l'ensemble du système des soins de santé. Quand les politiques opérationnelles sont inefficaces, elles obèrent encore davantage les modiques ressources. Par conséquent, les politiques opérationnelles sont-elles non seulement d'importance centrale pour la performance actuelle du système de santé, mais elles revêtent également une importance critique pour une réforme réussie des soins de santé. Elles occupent ce vaste « marais du milieu » dans le monde des politiques masqué en grande partie aux yeux, tant des observateurs que des participants. Dans le monde entier, les études montrent que les décideurs, les bureaucrates, les médecins, les infirmières et les sages-femmes ne sont guère au courant d'un grand nombre des politiques opérationnelles les plus importantes influençant la prestation des services de santé reproductive. Il est facile pour eux de voir les symptômes des pannes et cassures des politiques opérationnelles (à savoir

manque de fournitures, de médicaments, d'entretien, de transport et mauvaise affectation du personnel), mais peu ont connaissance des politiques sous-jacentes et, partant, ils n'ont guère idée de la manière dont elles pourraient être changées.

Les problèmes qui limitent les services de santé reproductive, tels que décrits dans ce document, ne se limitent pas aux composantes choisies du système de santé, mais envahissent tous les domaines, tels que les fournitures, le personnel, les transports et le budget. Par conséquent, sachant que les politiques opérationnelles régissent toutes les parties du système de soins de santé, une compréhension intégrale de telles politiques est un trajet d'importance critique et un avantage net pour améliorer la performance n'importe où dans le système de santé par l'entremise d'un processus de politiques systématique.

Nul doute, traiter les politiques opérationnelles qui influent sur les programmes de santé reproductive relève du défi. Cela signifie entrer dans les détails du fonctionnement d'organismes publics ou de ministères afin de simplifier les procédures et de rendre l'utilisation des ressources plus efficace. Le travail est ardu – d'autant plus que les décideurs et les bureaucrates cherchent toujours à maintenir le statu quo. Plutôt que de traiter avec des groupes d'intérêt en vue de revoir ou de supprimer les politiques opérationnelles inutiles ou obsolètes, les organismes publics ou ministères imposent souvent de nouvelles politiques opérationnelles qui viennent se rajouter aux anciennes politiques opérationnelles. Par conséquent, les systèmes de santé sont devenus laxistes et de plus en plus inefficaces. Toutefois, en suivant les étapes dont il est question dans ce document aux fins d'adopter une optique de politiques pour redresser les barrières opérationnelles à la prestation de services de haute qualité pour la santé reproductive, les initiatives de politiques – surtout les initiatives conjointes – peuvent contribuer à l'amélioration de l'efficacité des programmes et au renforcement des programmes de santé reproductive dans le monde.

Références

- Ablo, Emmanuel et Ritva Reinikka. 1998. "Do Budgets Really Matter? Evidence from Public Spending on Education and Health in Uganda." World Bank Policy Research Working Paper Series. Washington, DC: World Bank.
- Adé, Emmanuel, Laurent Eustache et Jean Pierre Guengant. 1996. *Institutions et personnel de santé en Haïti 1994–95*. Avec l'assistance du Projet POLITIQUES et basé sur des enquêtes réalisées par PROFAMIL. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Almasarweh, Issa. 2001. Personal communication. 18 août.
- Ashford Lori et Carolyn Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco, and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Bailey, W., M. Clyde, S. Smith, A. Lee, J. Jackson, P. Oliver et J. Munroe. 1994. *Mapping Study and Private Physicians' Survey: Opportunities for Expanded Family Planning Services in Jamaica. Final Report*. Kingston, Jamaica: National Family Planning Board.
- Banque mondiale. 1998. *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, DC: World Bank.
- Berman, Peter (ed.). 1995. *Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Berman, Peter. 1999. "Understanding the Supply Side: A Conceptual Framework for Describing and Analyzing the Provision of Health Care Services with an Application to Egypt." Boston: Harvard School of Public Health, International Health Systems Group.
- Bertrand, J., K. Hardee, R. Magnani et M. Angle. 1995. "Access, Quality and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Perspectives* 21(2): 64–74.
- Bertrand, Jane, Robert Magnani et James Knowles. s.d. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: The Evaluation Project.
- Bossert, T., W. Hsiao, M. Barrera, L. Alarcon, M. Leo et C. Casares. 1998. "Transformation of Ministries of Health in the Era of Health Reform: The Case of Colombia." *Health Policy and Planning* 13(1): 59–77.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61–91.
- Bulatao, Rudolfo et John Ross. 2000. "Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries." MEASURE Evaluation Working Paper WP-00-26. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, MEASURE Evaluation Project.
- Bungoma District Malaria Initiative (BDMI). 2000. *Health Care Financing in Bungoma District: Assessment of Barriers between Enhanced Accounting and Quality of Care in Health Service*. Bungoma, Kenya: BDMI.
- Cassels, A. 1995. "Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries." *Journal of International Development* 7(3): 329–347.
- Cross, Harry. 2000. "Presentation at POLICY Project Technical Development Week." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Defini-*

- tion of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Enquêtes démographiques et santé (EDS). 2001. STATcompiler (<http://www.measuredhs.com/>). Calverton, MD: Macro International.
- Feranil, Imelda. 2001. Personal communication based on a 1989 briefing by the World Bank Assessment Team in Manila.
- Feranil, Imelda, Maureen Clyde et Harry Cross. 2001. "Romania POLICY Supplemental Workplan." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Forman, Shepard et Romita Ghosh. 2000. *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development.* Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- Galway, Katrina. 1992. "Regulations and Procedures that Undermine Service Delivery and Encourage High Fertility: Observations and Suggested Activities." Washington, DC: The Futures Group International, OPTIONS II Project.
- Gouvernement des Philippines. 1975. Presidential Decree No. 856, 23 December 1975 Code on Sanitation Chapters XI, XII, XII. Manila: Government of the Philippines.
- Gouvernement des Uttar Pradesh. 2000. *Uttar Pradesh Population Policy.* Lucknow: Government of Uttar Pradesh, Department of Health and Family Welfare.
- Hardee, K., B. Janowitz, J. Stanback et M. Villinski. 1998. "Studying Service Practices: What Have We Learned?" *International Family Planning Perspectives* 24(2): 84–90.
- Hardee, K., K. Agarwal, N. Luke, E. Wilson, M. Pendzich, M. Farrell et H. Cross. 1999. "Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: Case Studies of Eight Countries." *International Family Planning Perspective* 25 (Supplement): s52–s59.
- Huk, Andriy. 2001. "Health Sector Reform Profile: A Background Paper to Identify Operational Policy Issues." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Iknane, A.A., M. Kadjoke, I. Camara et M. Camara. 2000. "La Santé communautaire au Mali: Aspects juridiques, réglementaires et économie politique." Bamako, Mali: The Futures Group International, POLICY Project.
- Indian Institute for Health Management Research (IIHMR) et Projet POLICY. 2000. *Issues in Public Sector Reproductive and Child Health Financing in the State of Rajasthan.* Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ishikawa, K. 1982. *Guide to Quality Control.* White Plains, NY: Asian Productivity Organization.
- Jensen, Eric et Alan Stanesco. 1998. "The Cost-Effectiveness of Reproductive Health Care in Romania." Unpublished paper. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Jewell, Norine. 2000. "Proposed POLICY Support for Follow-Up of March 1999 Francophone MAQ Conference." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Jordanian National Population Commission (JNPC) et Projet POLICY. 2000. "Analysis of Policy and Legal Barriers to Improved Reproductive Health Services in Jordan." Amman, Jordan: The Futures Group International, POLICY Project.
- Juran, Joseph et F.M. Gyrna (eds.). 1988. *Juran's Quality Control Handbook, 4th Edition.* New York: McGraw Hill.
- Management Sciences for Health (MSH). 2000. *Building Sustainability Through Better Management. Family Planning Development Project.* Boston: MSH.

- Manning, Nick, Ranjana Mukherjee et Omer Gokcekus. 2000. "Public Officials and Their Institutional Environment: An Analytical Model for Assessing the Impact of Institutional Change on Public Sector Performance." World Bank Policy Research Working Paper 2427. Washington, DC: World Bank.
- Miller, R., A. Fisher, K. Miller, L. Ndhlovu, B. Ndugga Maggwa, I. Askew, D. Sanogo et P. Tapsoba. 1997. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services*. New York: Population Council.
- Ministère de la Santé publique. 1994. *Rapport de l'étude juridique et institutionnelle sur la pratique de la planification familiale au Maroc*. Rabat, Morocco: Experdata Communication.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), OPTIONS Project et USAID. 1993. *Evaluación de las Barreras Médicas a los Programas de Planificación Familiar*. Guatemala: MSPAS and The Futures Group International.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en colaboración con el Proyecto POLICY el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), el Population Council y la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). 2000. *Barreras Médicas e Institucionales Para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. Final Report. Guatemala City: Population Council.
- Ndhlovu, L., J. Solo, R. Miller, K. Miller et A. Ominde. 1997. *An Assessment of Clinic-Based Family Planning Services in Kenya: Results from the 1995 Situation Analysis Study*. New York: Population Council.
- Olave, Manuel. 2000. "Financing Reproductive Health in Bolivia." Unpublished paper prepared for the POLICY Project. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Omachonu, Vincent. 1991. *Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations*. Norcross, GA: Institute for Industrial Engineers.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 1999. *The World Health Report 1999. Making a Difference*. Geneva: WHO.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2000. *World Health Report 2000*. Geneva: WHO.
- Owino, Wasunna et Julius Korir. 1997. "Public Health Sector Efficiency in Kenya: Estimation and Policy Implications." Discussion Paper No. DP/007/97. Nairobi, Kenya: Institute of Policy Analysis and Research (IPAR).
- Population Council. 1998a. *Reproductive Health Operations Research, 1995–1998. INOPAL III Final Report*. New York: Population Council.
- Population Council. 1998b. *Global Operations Research: Improving Reproductive Health Program Performance*. Washington, DC: Population Council.
- Projet POLICY. 1998a. "Operational Policies for Delivery of Health and Family Welfare Services in Uttar Pradesh." Unpublished paper. New Delhi: The Futures Group International.
- Projet POLICY. 1998b. *Targets for Family Planning in India. An Analysis of Policy Change, Consequences, and Alternative Choices*. New Delhi: The Futures Group International.
- Projet POLICY. 2001a. "Philippines HIV/AIDS Country Workplan." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.

- Projet POLICY. 2001b. *Review of Implementation of Community Needs Assessment Approach for Family Welfare in India*. New Delhi: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ravenholt, Betty Butler. 1999. "Implications of the Legal and Regulatory Environment for Family Planning and Reproductive Health Services Delivery in Ukraine." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ross, John et Elizabeth Frankenberg. 1993. *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. New York: Population Council.
- Ross, John A. et W. Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972–94." *Studies in Family Planning* 27(3): 137–147.
- Ross, John et John Stover. 1997. "Policy Environment Score." Unpublished document. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ross, John et John Stover. 2000. "Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999 Cycle." MEASURE Evaluation Working Paper WP–00–20. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, MEASURE Evaluation Project.
- Rudiy, Volodymyr. 1999. "Legal and Regulatory Framework for Family Planning and Reproductive Health in Ukraine." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Seidman, Myrna et Marjorie Horn. 1991. *Operations Research. Helping Family Planning Programs Work Better*. New York: Wiley-Liss.
- Shane, Barbara et Kate Chalkley. 1998. *From Research to Action: How Operations Research Is Improving Reproductive Health Services*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Sharif, A.K. 2001. Personal communication with the Provincial Medical Officer, Coast Province, Kenya. 18 janvier.
- Shaw, R. Paul. 1999. "New Trends in Public Sector Management in Health." WBI Working Papers. Washington, DC: The World Bank Institute.
- Shelton J., Marcia Angle et Roy Jacobstein. 1992. "Medical Barriers to Access to Family Planning." *The Lancet* 340: 1334–1335.
- Stover, John. 1999. "The AIDS Program Effort Index (API): Results from the Field Test." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Tantchou, Justine et Ellen Wilson. 2000. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Study of Five Francophone African Countries*. POLICY Occasional Paper No. 6. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.